

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE

N° 135

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

René LOUIS

Né à Vierzon (Cher), le 14 janvier 1891

LA

RÉINFECTION SYPHILITIQUE

Président : M. P. CARNOT, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & Co, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1923

881

135

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM
Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	LESGREZ
Bactériologie	DEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale.	LECENE
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène.	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
	ACHARD
Clinique médicale	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
	MARFAN
	NOBECOURT
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	CLAUDE
Clinique des maladies des enfants.	JEANSELME
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	TEISSIER
Clinique des maladies du système nerveux.	DELBET
Clinique des maladies contagieuses	LEJARS
Clinique chirurgicale	HARTMANN
	GOSSET
Clinique ophtalmologique	DE LAPPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
	BRINDEAU
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	JEANNIN
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique.	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie.	SEBILÉAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL
Clinique propédeutique.	SERGIANT

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LE LORIER	RETTERRER
ALGLAVE	FIESSINGER	LEMIERRE	RIBIERRE
BASSET	GARNIER	LEQUEUX	ROUSSY
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEREBoullet	ROUVIERE
BLANCHETIERRE	GREGOIRE	LERI	SCHWARTZ(A.)
BRANCA	GUENIOT	LEVY-SOLAL	STROHL
CAMUS	GUILLAIN	MATHIEU	TANON
CHAMPY	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHEVASSU	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CHIRAY	LABBE HENRI	MULON	VILLARET
CLERC	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DEBRE	LANGLOIS	PHILIBERT	
DESMAREST	LARDENNOIS	RATHERY	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A MON PÈRE ET MA MÈRE

A MA FEMME

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR ANDRÉ BERGE

Qui a bien voulu nous fournir

le sujet de cette thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT

*Qui a bien voulu accepter la
présidence de cette thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS FOURNIER

*Qui a mis de nombreuses obser-
vations à notre disposition.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

LA RÉINFECTION SYPHILITIQUE

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION

L'étude de la syphilis est plus que jamais à l'ordre du jour en pathologie et en thérapeutique. Son domaine est en extension constante. Elle apparaît comme une des grandes causes dominant l'étiologie des maladies, principalement des maladies chroniques.

L'avènement des nouvelles médications a mis au jour certains faits importants et quasi-nouveaux.

Parmi ces faits, un des plus intéressants a été la révélation non pas de la possibilité — qui était déjà envisagée — mais la fréquence relative et probablement croissante des cas de *réinfection syphilitique*.

Pendant longtemps on avait vécu sur la notion d'une immunité complète et définitive conférée par une première infection spécifique.

Aujourd'hui on sait qu'une telle immunité peut n'être assez souvent que passagère.

Il semble bien que certains nouveaux médicaments énergiquement appliqués ont pu stériliser le malade.

De cela nous ne pouvons donner la preuve faute de critérium sûr. Un fait plus patent est qu'ils ont raccourci la période d'immunité et permis des réinfections plus nombreuses et survenues à intervalles plus courts.

La question de la réinfection syphilitique est une question très ample que nous n'avons pas la prétention d'exposer entièrement.

Notre ambition se borne à apporter, dans le cadre de cette petite étude, une contribution à sa vulgarisation.

Nous aborderons le sujet sans idée préconçue qui nous entraînerait aveuglément soit dans le camp des partisans qui voient de la réinfection un peu partout, soit dans celui des détracteurs niant les faits mêmes les mieux observés.

CHAPITRE II

HISTORIQUE

Il semble qu'au xvi^e siècle la possibilité d'une réinfection syphilitique était généralement admise. Bartholomeo Maggi (1550), Vidius (1556) citent les cas d'une seconde syphilis.

Puis cette opinion s'est-elle conservée, ou a-t-elle peu à peu laissé place à la conviction contraire ?

Ceci s'expliquerait par la rareté des cas ou la complexité des accidents observés chez les syphilitiques.

En fait, c'est au xix^e siècle que s'engagent des débats passionnés sur la question. Ricord, Fournier, Leloir attaquent la thèse de la réinfection, tandis que Diday la défend.

Ricord ne disait-il pas : « Non plus que la diathèse, l'induration ne se répète pas » ; et parlant de réinfection il prétend « qu'il n'y en a pas un seul exemple probant dans la science ». Cependant son esprit se refuse à nier de parti pris et définitivement la possibilité d'une nouvelle infection quand il écrit : « La loi de l'immunité est-elle absolue ? Probablement non. On doit trouver pour la syphilis, quoique bien plus rarement, ce qu'on trouve pour

la variole et pour la vaccine. La disposition acquise peut s'atténuer et finir par s'éteindre ; dans le premier cas, une nouvelle infection devenue possible produira des accidents constitutionnels modifiés ce qui expliquerait les affections syphiloïdes qu'ont admises quelques auteurs et qui seraient à la syphilis ce que la varioloïde est à la variole ; dans le second cas, une infection nouvelle donnera lieu à la reproduction d'accidents constitutionnels à forme et à succession régulières. »

Fournier exprime la même conviction : « Il résulterait de là que l'organisme humain est susceptible de subir à courte échéance plusieurs inoculations successives du virus syphilitique, alors que la clinique et l'expérimentation s'accordent à nous le montrer réfractaire à ce virus après une contamination première, alors qu'il est d'expérience commune et de notion vulgaire que (sauf exceptions prodigieusement rares) la vérole ne se double jamais... »

« En réalité les cas de réinfection syphilitique restent à l'état de faits rigoureusement possibles, mais absolument exceptionnels. » Il croit fermement que les cas signalés de nouveau chancre chez un ancien syphilitique sont des erreurs de diagnostic clinique.

Pour lui, ce sont des syphilides tertiaires à base indurée, ce sont des gommes petites, ulcérées : « C'est avec cette gomme chancriforme qu'on constitue de toutes pièces les syphilis doublées, voir triplées sur le même sujet. » Il a créé un mot pour ne pas accepter le chancre de réinfection, il appelle

« pseudo-chancro induré de récive » les lésions qu'il tient pour des syphilides papulo-érosives dont la base s'indure et qui cliniquement offrent toutes les apparences d'un chancro primitif.

Leloir emploie le mot de syphilome chancroforme : « la distinction est tellement difficile, que le pseudo-chancro a donné lieu à bien des interprétations dont la théorie des réinfections n'est pas la moindre ».

Thibierge, dans le *Traité de Médecine*, Charcot-Bouchard (t. II, page 238), écrit : « Comme un certain nombre de maladies spécifiques, l'infection syphilitique confère l'immunité contre toute nouvelle atteinte de la maladie. »

La thèse de l'immunité ne pouvait que triompher avec des champions de la valeur et du poids de Ricord Fournier. Elle fut admise sans conteste pendant un certain temps, en France tout au moins, par les médecins en général et fut ancrée profondément dans l'opinion publique. L'avarié se disait en guise de consolation et souvent avec quelque crânerie déplacée : au moins je ne crains plus de l'attraper.

L'avènement de la réaction de Bordet-Wassermann et de la médication arsénicale remit la question à l'ordre du jour, dans l'espoir de prouver surtout que l'on guérissait la syphilis. La réinfection étant tenue par beaucoup comme preuve de guérison

Les docteurs : Queyrat, Marcel Pinard, Carle (de Lyon), Thibierge, Lacapère et beaucoup d'autres en France militent en faveur de la réinfection. Smith en Angleterre, Lagage en Belgique, Sainz de Aja, J. de

Azua, Covisa en Espagne, Spagallo en Italie, Gennerich, Benario, Lesser et bon nombre d'autres en Allemagne.

D'ailleurs le courant nouveau est si fort qui entraîne les esprits à voir trop fréquemment la réinfection ; que beaucoup de cas doivent être rejetés après un examen serré, ce à quoi s'emploient Cassar, Ravaut, etc.

Et l'on en est arrivé maintenant à voir la réinfection possible, assez fréquente même, mais ne pouvant être considérée comme inattaquable que pour les cas dont l'observation s'étaie de données rigoureusement scientifiques.

CHAPITRE III

EXPOSÉ CLINIQUE

Etude de l'immunité syphilitique

Les flottements que l'on constate ainsi dans l'opinion médicale ne nous étonnent nullement.

La question de la réinfection syphilitique, si elle est d'importance, est aussi extrêmement complexe.

On a constaté depuis longtemps que certaines maladies aiguës ne s'attaquent plus à un sujet qui avait été contagionné une première fois.

L'observation d'un fait aussi net a frappé facilement les médecins de tous les temps sans qu'ils pussent en expliquer le pourquoi.

Quand Jenner découvrit la vaccine, il put conférer à volonté à l'homme l'immunité contre la variole par l'apport du virus du cow-pox cultivé sur la génisse. Et la thérapeutique s'est lancée avec un remarquable succès vers la sérothérapie et la vaccinothérapie.

L'on poursuivait parallèlement les recherches chimiques sur l'immunité.

Qu'est-ce donc que l'immunité? On peut la définir (1) : « Cet état de l'organisme qui présente la

1. E. Sergent, *Traité de pathologie. Syphilis*, t. I, p. 25.

faculté de s'opposer à l'action d'un agent pathogène quelconque, parasite ou poison. »

Et les agents de l'immunité, on les cherche dans le sérum, dans les globules qui ont mission de lutter contre l'infection actuelle et qui prolongent leur action bienfaisante. Ces anticorps sont tellement complexes que le laboratoire ne les connaît pas dans leur composition intime, n'en fait ni l'analyse dernière, ni la synthèse.

Un chercheur de l'heure actuelle tendrait même à prouver que ce sont eux-mêmes des virus ennemis des pathogènes, des bactériophages.

Mais ces maladies que l'on soigne ou qu'on empêche d'éclore par l'immunité dosée, si j'ose dire, au centimètre cube, sont des maladies aiguës. On sait qu'une rougeole est terminée, ou une fièvre typhoïde, quand le malade ne présente plus de symptômes. On le sait aussi par des réactions de précipitation, agglutination, floculation, fixation du complément, par les cultures.

Malheureusement il n'en est pas ainsi de la syphilis. Elle est une maladie chronique, et longtemps après l'accident initial le porteur peut être atteint de manifestations diverses, jusqu'au tabès et à la paralysie générale qui n'offrent aucune ressemblance avec l'affection cutanée du début.

Et ces terribles reviviscences apparaissent après de longues périodes d'accalmie où le sujet semblait présenter tous les stigmates d'une bonne santé (1). « Une

1. E. Sergent, *Traité de pathologie, Syphilis*, t. I, p. 26.

première chose frappe, c'est que le syphilitique présente, après l'accident primitif, des accidents secondaires et, éventuellement, des accidents tertiaires. Il n'est donc pas immunisé contre son propre virus, du moins d'une façon complète! »

Bordet explique qu'une lésion syphilitique localisée puisse disparaître, lésion cutanée par exemple, sans que le porteur soit à l'abri de nouveaux accidents. « Remarquons que si parfois l'on constate qu'une préparation des microbes par les matières issues des leucocytes est indispensable à la phagocytose, on reconnaît par le fait même, en pareil cas, la nécessité d'une réaction très vive et bien localisée »... « Les principes leucocytaires sont par définition libérés au siège même de l'infection, et n'agissent avec toute la puissance indispensable à la guérison que si en cette région, les leucocytes ont afflué en très grand nombre. »

On sait d'autre part que des chancres peuvent apparaître chez le même sujet à plusieurs jours d'intervalle, jusqu'à quinze jours d'après Fournier qui les catalogues chancres successifs.

Les expériences chez l'homme et chez le singe ont montré qu'on peut faire apparaître un nouveau chancre par inoculation pendant la période d'incubation.

Queyrat nous a fait voir aussi l'inoculation possible une fois le premier chancre apparu, pendant une période de huit à douze jours. Mais ces chancres différeraient du premier par une période d'incuba-

tion plus courte et une moindre tendance à l'érosion.

Donc l'immunité débiterait progressivement pour être complète vers le douzième jour après l'apparition du chancre.

Quand finit-elle ? Voilà le point qui n'est pas éclairci.

Réinfection et superinfection

On a pu par inoculation produire des accidents locaux chez les syphilitiques en période tertiaire.

Là encore l'immunité n'est donc pas complète, tout au moins chez certains sujets. Mais il n'y a pas réinfection vraie, la première vérole évoluant encore pour son compte. Il y aurait *supersyphilisation* d'après le mot de Marcel Pinard. De plus, on n'obtient pas de chancre, accident primitif, une seconde syphilis s'ajoute chez le malade à la première, lui vient en renfort.

On n'a rien obtenu, jamais, en opérant sur des syphilitiques en période secondaire, l'immunité serait à ce moment absolument efficace.

Faut-il, pour qu'il y ait réinfection, que la première atteinte soit totalement guérie ?

Pour résoudre ce problème, le laboratoire a mis en œuvre toutes ses ressources afin de nous armer d'une réaction qui dirait à coup sûr si oui ou non tel malade est déjà, ou non encore, syphilitique.

Réactions de : Bordet-Wassermann, Hecht, Desmoulières, Calmette, benjoin colloïdal, et nombre d'autres essayées.

Aucune malheureusement, ne peut nous assurer que le malade est guéri, c'est-à-dire à l'abri de nouveaux accidents. Tout au moins peuvent-elles nous prévenir, quand elles sont positives, qu'il y a lieu de continuer le traitement. Il n'en faut comme preuve que le fait, qu'après avoir été négative un certain nombre de semaines ou de mois, la réaction redevient positive chez le même sujet.

Conditions à remplir

Cependant, à défaut de bases d'une sûreté mathématique, il faut bien poser les conditions dans lesquelles on pourra admettre l'évolution d'une nouvelle contamination.

Faut-il exiger, comme le voulait Fournier, qu'après le chancre typique survienne une roséole typique ?

Nous croyons pour notre part qu'on ne doit pas attendre la période secondaire pour instituer le traitement ; alors qu'on sait que l'on obtient des résultats incomparablement meilleurs en soignant le plus tôt possible.

On peut accepter, croyons-nous, comme critérium : *l'existence d'une lésion clinique de chancre induré ; la constatation du spirochète ; l'adénopathie ; la réaction de Wassermann négative dès le début ; le temps d'incubation normal.*

Et ce sera une grande chance quand on pourra examiner et le contaminé et le contaminant.

Avouons aussi, en passant, que Fournier avait bien le droit d'être incrédule, lui qui ne disposait pas des réactions sérologiques.

Un grand nombre de cas de réinfections syphilitiques ont été publiés qui peuvent être considérés comme probants.

J. Benario, en 1914, examine en des recherches étendues et sérieuses cent douze observations sur les données que nous avons admises. Il les classe en cas : certains, probables, possibles et invraisemblables. Ch. Audry, en faisant la critique, dit qu'il n'admet pas pour son compte tous les 41 cas certains de Benario.

Il conclue : « en disant que parmi les observations de B. on peut admettre 30 réinfections, je suis assuré de ne pas être au-dessous de la vérité. »

Gennerich, en 1913, apporta 15 cas de réinfections, la première syphilis ayant été soignée par Salvarsan et mercure, le second chancre ayant été suivi, dans 9 cas, de roséole ou d'exanthème papuleux.

Le Dr Oltramare de Genève, en 1921, se défendant d'être intoxiqué par une idée préconçue, tendant à ne s'appuyer que sur des faits objectifs, publie 19 observations. Il constate qu'après quinze ans passés sans avoir vu un seul cas de réinfection il observe, parallèlement à l'apparition et aux progrès de la médication arsénicale :

En 1915, 1 cas ; en 1916, 1 cas ; en 1917, 1 cas ; en 1918, 3 cas ; en 1919, 4 cas ; en 1920, 8 cas.

De ces 19 cas, nous devrions en écarter pas mal à un examen approfondi.

Dans les recherches personnelles que nous avons faites dans les observations du service du Docteur Louis Fournier à Cochin, nous sommes loin de trouver un nombre aussi élevé de cas par année.

Nous ne suivrons pas Lhoste (thèse de Lyon, 1901) qui voit des réinfections syphilitiques un peu partout, même dans les observations que Fournier produit pour combattre la même thèse.

Mais, essayant de nous tenir dans un juste milieu, nous allons choisir quelques observations déjà publiées ou inédites et nous efforcer de les discuter de bonne foi.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(prise dans le service de M. le Docteur Fournier.)

L. R. François, 56 ans. Entré à l'hôpital le 20 octobre 1921. Marié. Deux enfants bien portants. Seconde femme bien portante (la première est morte de tuberculose).

A contracté la syphilis en 1887 : chancre avec papules et plaques muqueuses anales, donc, non douteuse.

Soigné pendant cinq semaines aux pilules.

À l'heure actuelle, présente une ulcération chancriforme de la rainure et du gland, large comme une pièce de cinquante centimes, reposant sur une plaque d'induration très nette. Le fond est recouvert d'une fausse membrane verte.

Traitement au bismuth iodé, quinze injections, tous les deux jours.

Le 24 octobre — B.-W. négatif légèrement suspect.

Le 4 novembre — B.-W. positif.

Le 11 novembre. — Plaie cicatrisée.

Le 20 novembre. — Induration cicatricielle.

Après quinze piqûres amygdalite, stomatique bismuthique.

Nouvelle série de bismuth à partir du 1^{er} janvier 1922.

Le 15 janvier. — B.-W. négatif.

Le 19 février. — B.-W. négatif.

Le 19 mars. — B.-W. négatif.

Le 30 juin. — B.-W. faiblement positif.

Le B.-W. redevient négatif après une nouvelle série de piqûres.

OBSERVATION II

(Service de M. le Docteur Fournier)

O... Antoine, 22 ans. 13 mars 1922.

a) Aurait eu un chancre du frein en août 1920 (considéré comme syphilitique). Le malade est alors traité par des injections de biiodure de mercure et des injections intraveineuses de néosalvarsan.

Une première série de août à ... = 3 gr. 90

Une deuxième série de novembre 1920 à janvier 1921 :
6 injections = 3 gr. 60.

Depuis janvier 1921, aucun traitement, aucun accident.

b) Actuellement chancre érosif de la rainure contigu au frein, datant de quinze jours. Induration minime

Adénite bi-inguinale typique.

Le 14 mars 1922 : Tréponèmes à l'ultra ++.

B.-W. négatif.

Calmette négatif

Après traitement : B.-W. négatif ou faiblement +.

OBSERVATION III

Le 3 janvier 1920 M. R. se présente avec trois érosions indurées de la verge : deux dans le sillon balano-préputial à la face dorsale, une sur le prépuce.

Le coït infectant remonte au 20-25 novembre 1919 ; les chancres datent du 25 décembre environ.

Un ganglion moyen à gauche.

Le malade reçoit du 5 janvier au 20 mars 1920 : 0 gr. 84 de sulfarsénoï et 4 gr. 05 de 914.

Le 11 juin 1920. — Wassermann : 8, 7, 8.

Desmoulières : 7.

Hecht : Hémolyse totale.

Le 25 juin le malade reçoit 0 gr. 45 de novar.

Le 17 février 1922. — Wassermann : 8, 8, 8.

Desmoulières ; 7.

Hecht : Hémolyse totale.

Le 17 août 1922 le malade revient porteur d'une lésion syphilitique de la face dorsale du sillon balano-préputial datant d'une dizaine de jours, nettement indurée.

Or le malade a eu il y a trois ou quatre semaines des rapports avec la personne qui l'avait infecté en 1920.

OBSERVATION IV

(D^r Carle de Lyon, *Annales des Maladies vénériennes*, 1921.)

En 1907 M. G... se présente chez le docteur Cordier, médecin de l'Antiquaille à Lyon. Celui-ci constate un reste de chancre, une roséole et des plaques muqueuses pharyngées, accidents sur la description desquels le malade est très précis. Le docteur ordonne des pilules et les accidents disparaissent peu à peu. Retenons surtout que l'ensemble des accidents présentés, autant que la personnalité du médecin, écartent toute idée d'erreur de diagnostic.

Le traitement, pilules ou sirop de Gibert, est suivi à peu

près régulièrement pendant un an. Quelques accidents pharyngés.

Trois ans après, en 1910, G... souffre d'une gêne croissante de la respiration, arrivant presque au cornage. Son médecin habituel, le docteur D, provoque une consultation avec un spécialiste laryngologue de notre ville. Le malade se garde bien d'évoquer ses antécédents, en sorte que les traitements proposés sont absolument inefficaces.

Il va ensuite consulter Doyen dont la médication n'a pas plus de succès. Enfin, un beau jour, il asphyxie franchement et syncope. Le docteur D. court chercher un chirurgien qui pratique la trachéotomie d'urgence. Convalescence avec persistance de gêne respiratoire, de douleur et d'état général de plus en plus mauvais.

G. se décide à parler de son ancienne maladie et D. me l'amène de suite. Ceci se passait en novembre 1910.

J'institue immédiatement un traitement au benzoate de mercure : 0 gr. 03 tous les jours, puis tous les deux jours en injections intramusculaires. En trois semaines la respiration est devenue normale et le sujet engraisse de façon appréciable à l'œil nu : Une véritable résurrection, me dit-il. Ce bon état s'est toujours maintenu. Le docteur D. lui a fait des séries régulières d'huile grise, deux fois par an. Le traitement a été interrompu depuis 1915.

A mon retour à Lyon en 1919, je revois G... il porte gaillement ses soixante-deux ans, et ne présente aucun stigmate. Une analyse du sang est nettement négative. Je lui conseille de « mener bonne vie et de ne rien faire » qui échauffe le sang » suivant la formule d'A. Paré ; moyennant quoi je l'autorise à se passer de traitement.

Le 30 novembre 1920, je revois G... Il est porteur, sur le sillon, d'une érosion indurée correspondant à la plus classique des descriptions de chancre syphilitique. Le début remontait à huit jours.

Adénite inguinale indolente en pléiade, facile à percevoir, quoique moins nette que la primaire. Je fais appliquer trois jours d'eau bouillie, après quoi l'examen de l'exsudat larmoyant révèle la présence de spirochètes.

J'interroge sévèrement. Or G..., n'a pas suivi mes conseils de morale. La douceur trompeuse d'un bel après-midi d'automne l'a poussé dans une discrète petite maison semi-close. Mais la prudence l'incite à se confier seulement *unguibus et rostro* (au datif) d'une jeune personne spécialisée en cet art.

Ceci se passait le 28 octobre 1920. Or la première apparition appréciable de l'écorchure datait du 21 novembre. Le coup était régulier.

OBSERVATION V

(Orphanidès, *Annales des maladies vénériennes*, mars 1922)

M. X..., 59 ans, présente depuis trente-cinq jours un chancre induré typique du sillon balano-préputial.

A l'ultramicroscope nous trouvons de nombreux tréponèmes. Réaction de B.-W. positive.

Bien plus, il me fut possible de retrouver la femme avec laquelle notre malade avait eu des rapports vingt-trois jours avant l'apparition de l'ulcération. Cette femme était syphilitique et portait encore des syphilides vulvaires et des traces sur le corps de macules syphilitiques.

Voici à présent le passé de ce malade : chancre induré en 1906. Traitement insuffisant et irrégulier par des injections mercurielles et des pilules jusqu'en 1909. En 1910, apparition de gommes diagnostiquées comme étant d'origine syphilitique par le professeur Gaucher et traitées par injections mercurielles pendant deux mois.

Disparition rapide des gommes par le traitement spécifique. Depuis aucun autre accident et aucun autre traitement jusqu'en septembre 1921, date de l'apparition du nouveau chancre. (Le diagnostic et le traitement ne peuvent être mis en doute, car nous avons en main les lettres et ordonnances du professeur Gaucher).

OBSERVATION VI

Bulletin de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie, séance du 9 mars 1922. E. Lépinay de Casablanca).

X..., 18 ans, présente en Suisse en 1917 trois semaines après une contamination, un chancre induré du sillon balano-préputial avec adénite inguinale. Le chancre est excisé immédiatement, mais X... reste sans traitement jusqu'en juin.

Sa séro-réaction était alors fortement positive.

Il reçoit trois injections intra-veineuses de novarsénobenzol : 0 gr. 15, 0 gr. 30, 0 gr. 45

Deux injections d'huile grise, et en juillet à Marseille quatre nouvelles injections d'huile grise.

Fin août il revient à Casablanca et est pris en traitement par M. le docteur Azémar.

Le 7 septembre, son Wassermann et son Hecht sont fortement positifs. De semaine en semaine on lui injecte successivement, mais très régulièrement : 0 gr 30, 0,45, 0,60, 0,75, 0,90, 0,90, 0,90, 0,90, 0,90, 0,90, soit du 8 septembre au 13 novembre un total de 7 gr. 50 de novar. Le 6 décembre 1917 ses séro-réactions Wassermann et Hecht sont négatives.

Le 18, le traitement est repris, et X... reçoit encore de semaine en semaine : 0,45, 0,60, 0,75 et sept fois 0,90 soit du 6 décembre au 24 février un total de 8 gr. 10 de novar. Le malade est alors mis en surveillance sans aucun traitement.

Le 14 mars 1918, W. et Hecht sont négatifs.

Une ponction lombaire est pratiquée le 24 mai le liquide est clair ; on trouve 0,4 lymphocytes par centimètre cube et toutes les autres réactions effectuées restent négatives.

En octobre 1919, un Wassermann fait à Londres est négatif. Le 4 novembre 1920, le W. pratiqué par le Dr Azémar est toujours négatif.

Le 7 novembre 1921, X... vient nous consulter pour deux « lésions » apparues sur la verge il y a une douzaine de jours. Nous trouvons sur le fourreau deux petits éléments papulo-érosifs de 3 à 4 millimètres de diamètre, à bords nets et à base indurée. Ils siègent à 2 centimètres environ l'un de l'autre et l'un très exactement à l'extrémité de la cicatrice laissée par l'excision du premier chancre, mais cette cicatrice est souple, non indurée, et non adhérente au plan profond.

Il existe quelques petits ganglions inguinaux mais non caractéristiques. Dans la sérosité des deux chancres, un Fontana-Tribondeau révèle la présence de nombreux tréponèmes et la séro-réaction faite le 8 novembre donne un W. et un Hecht fortement positifs.

... La contamination remontait en effet à fin septembre, notre malade avait en à ce moment des rapports avec une jeune danseuse, qui quelques jours après, le 6 octobre, venait nous consulter pour une roséole et des plaques muqueuses ulvaires.

OBSERVATION VII

MM. Marcel Pinard et Deguignand

(*Bulletin de la société médicale des hôpitaux* 4 nov. 1921)

Voici telle qu'elle nous fut racontée par le malade et contrôlée autant que possible par nous une histoire intéressante à plusieurs titres :

Pour confondre un médecin qui l'accusait de syphilis, malgré un Wassermann négatif fait à la Salpêtrière, J... (Auguste), mécanicien, âgé de vingt-sept ans, s'inocule la maladie le 24 novembre 1917. Pour cela il se pique le gland avec une plume ayant raclé un chancre syphilitique de quinze jours avec tréponèmes constatés à l'ultra, à Saint-Louis.

Comme il ne se développe aucun chancre à l'endroit de la piqûre, le malade recommence le 29 décembre, cette fois à l'avant-bras droit, avec le produit de raclage de plaques muqueuses d'un ami qui ne se traitait pas et dont la séro-réaction était positive. D'après le malade, cet homme ferait actuellement du tabes. Le 15 janvier 1918, c'est-à-dire dix-sept jours après la seconde inoculation, apparut au niveau de la piqûre une induration qui s'est ensuite ulcérée, et le 19 janvier, à l'hôpital Saint-Louis on constatait la présence de tréponèmes à l'ultra, au niveau de cette ulcération. On propose un traitement mixte que le malade refuse parce qu'il

connaît des camarades traités ainsi et toujours porteurs d'accidents.

Il se confie à un ami non médecin, travaillant dans une maison de produits chimiques, qui lui fait tous les trois jours d'abord, tous les cinq jours ensuite, du novarsénobenzol aux doses suivantes : 0 gr. 30, 0 gr. 45, puis treize injections de 0 gr. 60 ; soit, en tout, 8 gr. 50. Une analyse de sang faite à la fin de cette série aurait été négative. Pour voir s'il était réellement guéri, le malade se refait une troisième inoculation à l'avant-bras gauche avec du suc de chancre syphilitique. Il ne se développe aucune lésion. La séro-réaction reste négative.

Le malade reste tranquille quelques mois, mais le 2 août 1919, il se réinocule pour la quatrième fois à la verge et à l'avant-bras avec le raclage d'un chancre. Quinze jours après chancre nain de la verge, rien au bras. On constate, dans le service du Dr Queyrat, des tréponèmes à l'ultra, sur le chancre de la verge. Le Wassermann est partiellement positif le 10 septembre et les jours suivants survient une éruption papuleuse et une angine. Le 17 septembre, Wassermann négatif. Le 27, Hecht positif.

Le malade reprend alors de lui-même un traitement au novarsénobenzol par doses de 0 gr. 60 tous les sept jours, sans arrêt, pendant six mois, soit en tout 16 grammes. Il a alors de l'ictère qui l'oblige à suspendre le traitement pendant deux mois. L'ictère disparu, il reprend une nouvelle série de 5 grammes sans jamais dépasser 0 gr. 60 par injection.

La séro-réaction est à ce moment négative (novembre 1920). Trois autres inoculations sont tentées sans résultats par le malade. Il réussit mieux, semble-t-il, sa huitième inoculation

à l'avant-bras droit avec le produit de raclage du chancre d'un agent de police. Trente jours après, soit le 3 juillet 1921, apparut un chancre induré avec ganglions épitrochléens et axillaires et tréponèmes constatés à l'ultra par le Dr Guénot, au laboratoire de M. le Dr Fournier, qui a vu aussi fréquemment ce malade assez peu fidèle à ses médecins, passant d'un service à l'autre, de Saint-Louis à l'Institut prophylactique, ou à Cochin.

Le Wassermann est partiellement positif le 20 juillet. On commence alors une série de novarsénobenzol : onze injections de 0,30 0,45 puis 0,60 à raison de une par semaine. Malgré le traitement, des accidents secondaires papuleux apparaissent sur le gland. A de nombreuses reprises, il fut possible de constater des tréponèmes au niveau des lésions. Le malade, qui avait quitté son métier pour étudier des livres de médecine, est maintenant garçon de laboratoire, ce qui lui permet de suivre la vie de ses tréponèmes heure par heure en pratiquant des imprégnations au Fontana, d'ailleurs assez réussies. Nous avons pu contrôler l'existence des tréponèmes à l'ultramicroscope par deux fois au lendemain de la huitième injection de 0 gr. 60.

Enfin, il est intéressant de signaler que pendant ce traitement, qui laissait persister et les lésions et les tréponèmes, il fut fait un Wassermann, le 16 août, partiellement positif, une réaction de Vernes le 6 septembre complètement négative et le 13 septembre un Hecht partiellement positif.

Le désir actuel du malade est de s'inoculer du tréponème neurotrope et nous ne sommes pas sûrs d'avoir réussi à l'en dissuader.

CHAPITRE V

DISCUSSION

Notre première observation montre un cas de nouvelle syphilis survenue trente-quatre ans après une première soignée par le mercure.

On assiste à l'apparition de la réaction qui négative le 24 octobre est nettement positive le 4 novembre.

La lésion constaté était bien, d'après nous, un chancre. Nous avons dit plus haut qu'il ne faut pas attacher une trop grande importance à un Wassermann négatif, cependant une lésion qui aurait été syphilide chancriforme tertiaire avait bien des chances de s'accompagner d'une séro-réaction positive sans attendre les délais habituels accompagnant le chancre.

Une syphilis assez en activité pour donner pareilles induration et ulcération aurait eu également la force, il nous semble, de se manifester par la fixation du complément.

Cette lésion pour laquelle le malade est venu consulter n'était pas syphilitique, dira-t-on, et la réactivation par le traitement spécifique a pu donner le second Wassermann ?

Nous répondrons : qu'eût été cette lésion de la rainure s'accompagnant d'induration nette et cédant justement au traitement par le bismuth comme l'eut fait un véritable chancre ?

Cet homme, on devait le considérer comme guéri de sa première syphilis car il n'a pas eu de manifestations depuis 35 ans.

Bien plus : ses deux enfants sont bien portants, de même que sa seconde femme. L'observation ne nous dit pas de quel lit sont les enfants, mais la première femme est morte de tuberculose ; encore aurait-elle été syphilitique au surplus, que la preuve des enfant et de la seconde femme nous suffit.

Reste la première syphilis, en 1887.

Quel intérêt le malade aurait-il à s'accuser d'une vérole imaginaire. Ce n'est pas là la mentalité habituelle. D'ailleurs, un médecin, un infirmier pourrait en guise de mystification décrire des lésions syphilitiques imaginaires, pas un employé des postes.

Nous avouons qu'un traitement de cinq semaines aux pilules mercurielles nous paraît un peu précaire pour guérir une syphilis.

Cet heureux résultat un peu inattendu ne prévaut pas contre les arguments tirés des deux mariages et des deux conceptions indemnes de tares.

La seconde observation a trait à un homme réinfecté moins de deux ans après la première contamination, mais soigné par le néo.

Le chancre clinique y est avec légère induration, l'adénite est typique d'après les termes mêmes ins-

crits sur le moment au cahier des observations.

Les spirochætes ont été constatés à l'ultramicroscope. Le Wassermann est négatif au premier examen de sang. Il ne nous manque, pour que le tableau soit complet que la durée d'incubation. Ici encore on voit que l'observation a été prise dans un autre but que celui de compter un nouveau cas de réinfection. Mais c'est peut-être aussi une garantie d'impartialité, une assurance que l'observateur ne s'est pas laissé entraîner par une idée préétablie.

Notre troisième observation nous a été donnée par un médecin exerçant à Paris. Il saute aux yeux qu'elle n'a pas été prise dans le but d'être publiée, mais comme fiche.

Nous n'y voyons pas figurer la recherche du tréponème au microscope, non plus que du Wassermann dès l'apparition du second chancre.

D'ailleurs le malade se présentait porteur d'une lésion qu'il avait constatée une dizaine de jours auparavant, c'est-à-dire à une date où la réaction pourrait commencer à être positive, même pour une lésion primaire.

Ce qui attire spécialement notre attention est le fait que le malade qui n'avait pas voulu admettre l'origine vraie de la première contamination, est allé se faire réinoculer par la même femme qu'il croit au-dessus de tout soupçon.

Le temps d'incubation plaide en faveur d'une réinfection.

Notre observation IV nous montre une réinfection

survenue après un traitement exclusivement mercuriel ; mais avec un long délai : treize ans.

La première syphilis, celle de 1917 ; il est impossible de le nier, vue et soignée par des spécialistes éprouvés ; induration persistante, roséole, plaques muqueuses.

Puis trois ans après nous voyons cet accident de l'arbre respiratoire rebelle à tous les traitements d'un spécialiste laryngologiste, guéri comme par miracle au moyen du benzoate d'hydrargyre énergiquement appliqué.

Pour la seconde infection : le chancre clinique, les spirochètes, l'adénopathie, le temps d'incubation, nous avons cela. Car si l'adénopathie est à noyaux petits, nous savons que chez le vieillard les réactions ganglionnaires sont peu intenses.

Reste le Wassermann. Il n'a pas été recherché, semble-t-il, dès l'apparition de la lésion ; mais il était négatif un an avant et positif quelque temps après, nous dit une note continuant l'observation. Elle nous dit aussi que sous l'influence du traitement au cyanure de mercure, la guérison est apparue dans les délais habituels.

Il n'y a que si la réaction de Wassermann avait été trouvée positive le premier jour que nous pourrions rejeter la réinfection.

Pour nous, nous l'admettons. Que serait cette lésion si elle n'était pas chancre ? La gomme chancreiforme de Fournier ? On n'a pas coutume d'y trouver si facilement le tréponème.

Elle serait seule manifestation chez cet homme que nous voyons menacé surtout vers son larynx par la première contamination. Et elle eût été bien inspirée de survenir juste vingt-quatre jours après des attouchements suspects.

Notre cinquième observation est un autre exemple après traitement mercuriel pas très prolongé. Intervalle quinze ans.

La première syphilis étant indéniable nous n'avons pour la seconde que la constatation du chancre et du tréponème. Le B.-W. est positif, mais c'est la règle après trente-cinq jours de chancre, cinquante-huit jours après l'inoculation.

L'argument d'avoir trouvé la syphilis chez la femme, est, pour nous, d'un grand poids, l'incubation étant tout à fait classique : vingt-trois jours.

Notre sixième observation nous montre un intervalle de quatre ans après traitement intense et prolongé aux arsenicaux.

La première syphilis doit être admise malgré l'excision malencontreuse, mais ce fut une erreur presque classique. L'incubation et les séro-réactions postérieures ne laissent aucun doute.

Pour la réinfection : induration, tréponème, adénite. Nous avons une réaction positive dès le 8 novembre ; nous voudrions, certes, trouver sur l'observation la constatation d'un Wassermann négatif au début du chancre. Mais nous apprenons que la contamination datait de fin septembre, donc au moins trente-neuf jours avant que la réaction ait été faite.

Or on prend comme moyenne de délai d'infection constatable par Wassermann : quarante jours après le contagement (*Traité de Pathologie*, E. Sergent).

Quant à prétendre que c'est le malade qui a contaminé la petite danseuse incriminée, il faudrait prouver qu'elle ait eut une roséole une dizaine de jours après la contamination.

Nous citons en dernier lieu le cas présenté par MM. Pinard et Deguignand à la Société médicale des Hôpitaux.

C'est une superbe étude expérimentale. Une pareille expérience est un fait unique et n'est pas appelée à être répétée fréquemment ; nul auteur, pensons-nous, fût-il bien épris de science et Allemand par surcroît, ne s'autoriserait à la rééditer et rares sont les sujets disposés à s'y prêter volontiers.

La mentalité du patient cité par M. Pinard est telle qu'il donne de nombreuses variantes dans ses explications, cependant il est certain qu'il s'est inoculé scuvent dont trois fois de façon positive. Il ne faut pas nous plaindre puisque c'est à cette même mentalité que nous devons l'expérimentation chez l'homme, plus probante certes, que cent pratiquées sur le singe le plus anthropoïde qui soit.

Incubation, réactions, tréponèmes, tout y est. Et les lésions obtenues étaient bien des chancres, non pas des lésions tertiaires comme on en a obtenu par inoculation à de vieux syphilitiques atteints de syphilis nerveuse.

Nous n'avons pas voulu multiplier à l'infini le

nombre de cas qu'on peut relever dans les diverses publications ; ces quelques cas nous montrent qu'on en trouve facilement, mais qu'aussi il y manque presque toujours un facteur important d'observation.

CHAPITRE VI

CONCLUSIONS

La réinfection syphilitique est un fait bien établi. Elle est un fait très rare, mais qui s'observe moins rarement depuis les traitements arsenicaux.

Il y a lieu actuellement de distinguer :

a) La réinfection syphilitique des malades soignés au mercure. Cette réinfection est toujours une *réinfection tardive* ne survenant guère qu'une dizaine d'années, et généralement plus, après la première infection.

b) La réinfection syphilitique des malades traités énergiquement par les nouvelles méthodes, notamment les arsenicaux. C'est une *réinfection précoce* ou relativement précoce. On l'a vue souvent survenir dans les premières années consécutives à l'infection première. On peut donc dire avec Milian, à ce point de vue, « qu'il y a quelque chose de changé dans le traitement de la syphilis ».

Il est pratiquement très utile de connaître la possibilité des réinfections syphilitiques.

La réinfection comporte le même traitement que l'infection initiale.

Il n'est pas possible actuellement, malgré la tendance logique qui y conduit, d'affirmer absolument que la disparition de l'immunité syphilitique qui est la condition essentielle des réinfections, est la marque formelle que la syphilis est réellement guérie, incapable de donner lieu à de nouveaux accidents.

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu : le président de la thèse,
P. CARNOT

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
P. APPELL

BIBLIOGRAPHIE

Fournier. — Traité de la Syphilis.

Sergent (E.). — Traité de pathologie, t. XIX et XX.

Bordet (J.). — Traité de l'immunité dans les maladies infectieuses.

Emery. — Le Traitement actuel de la Syphilis.

Thèse Corbasson. Paris, 1921.

Thèse Orphanidès. Paris, 1922.

Thèse Lhoste. Lyon, 1901.

Annales de Syphiligraphie et dermatologie.

Bulletin de la Société française de dermatologie et syphiligraphie.

Annales des maladies vénériennes.

Bulletin de la Société médicale des hôpitaux.

Paris-médical.

Presse médicale.

